

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 22 Juillet 1895, à 1 heure

Par FRÉDÉRIC GALLICE,

Né à Langeac (Haute-Loire), le 18 janvier 1869.

ÉTUDE SUR QUELQUES POINTS

DE

L'HISTOIRE DES OREILLONS

Président : M. POTAIN, professeur.

Professeur : M. FOURNIER, professeur.

*Agrégés : MM. { GLEY.
DEJÉRINE.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 22 Juillet 1895, à 1 heure

Par FRÉDÉRIC GALLICE,

Né à Langeac (Haute-Loire), le 18 janvier 1869.

ÉTUDE SUR QUELQUES POINTS

DE

L'HISTOIRE DES OREILLONS

Président : M. POTAIN, professeur.

Professeur : M. FOURNIER, professeur.

Agrégés : MM. { GLEY.
DEJÉRINE.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	STRAUS.
	SÉE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	REITTERER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en doit leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX.

INTRODUCTION

La maladie ourlienne est une des plus communes et, peut-on ajouter, une des moins graves qu'il soit donné d'observer. Cependant quelques points de son histoire sont encore mal connus. Par exemple, il y aurait grand intérêt à déterminer d'une façon précise la durée de l'incubation, à rechercher si, comme on l'a soutenu, la maladie est déjà contagieuse pendant l'incubation.

Pour donner une idée de l'incertitude qui règne sur ces questions (cependant importantes au point de vue de la prophylaxie), tandis que M. d'Heilly, dans un article du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques donne le chiffre de 18 à 22 jours, on a cité des durées de 4 jours. Et tandis que pour la majorité des hygiénistes le malade doit être isolé pendant 21 jours, nous voyons, dans une thèse récente soutenue à Toulouse, émettre cette idée que huit jours d'isolement pourraient suffire.

Le hasard nous a permis de recueillir une observation d'épidémie familiale qui nous paraît propre, sinon à élucider complètement ces faits litigieux, au moins à jeter quelque clarté sur leur interprétation.

Mais avant de nous mettre à l'œuvre, nous sommes heureux de saisir l'occasion qui nous est offerte de témoigner notre reconnaissance à tous les maîtres dont nous avons suivi l'enseignement dans les hôpitaux.

Et d'abord nous avons un pieux devoir à acquitter envers la mémoire de MM. les professeurs B. Ball et L. Lefort, nos deux premiers et regrettés maîtres des hôpitaux.

Nous prions M. le professeur agrégé Rigal d'agréer l'expression de notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée pendant le cours de nos études médicales, et spécialement quand nous suivions son brillant enseignement à l'hôpital Necker.

Nous remercions vivement M. le professeur Potain de l'honneur qu'il veut bien nous faire en présidant notre thèse.

HISTORIQUE

Les oreillons ont été connus dès l'antiquité, et si nous voulions retracer ici l'historique complet de l'affection, nous aurions à passer en revue la médecine ancienne, celle du moyen âge, pour arriver aux temps modernes où les travaux ont été d'une extrême abondance. Mais ce serait refaire bien inutilement un travail déjà fait complètement par M. Laveran, dans l'article Oreillons, du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Nous nous contenterons de rappeler que l'histoire actuelle des oreillons remonte réellement à 1881, époque à laquelle MM. Capitan et Charrin firent connaître un microbe constamment rencontré dans les cas d'oreillons qu'ils observaient. Jusqu'à cette constatation, la place des oreillons n'était pas définie. Les statistiques des hôpitaux militaires, jusqu'en 1888, ne mentionnent pas à part les oreillons, qui sont confondus avec d'autres affections

sous la rubrique « Maladies du tube digestif ». Dans les traités de pathologie, les oreillons sont décrits au chapitre des glandes salivaires. Le traité de médecine de MM. Charcot, Bouchard et Brissaud les met à leur vraie place, à côté des fièvres éruptives.

Un point intéressant serait de faire l'histoire détaillée des épidémies ourliennes ; mais, comme le dit M. Catrin, les épidémies sont légion, et d'ailleurs elles se ressemblent toutes. Aussi ne peut-on que renvoyer aux monographies, aux thèses, aux articles de dictionnaires, où les connaissances acquises sont exposées avec détails. Nous signalerons particulièrement les articles de MM. Laveran (Dictionnaire encyclopédique), d'Heilly (Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques), la monographie de M. Comby, la thèse de Méliande, une excellente revue de M. Catrin en cours de publication dans la *Gazette des Hôpitaux*, et, en ce qui concerne les formes graves de la maladie, l'intéressante thèse de Karth.

OBSERVATION

La famille C... habite aux environs de Paris dans d'excellentes conditions d'hygiène. Elle se compose du père, de la mère et de cinq enfants : quatre garçons et une fille.

Le 15 avril, un des enfants âgé de onze ans est pris, au cours d'un voyage, d'oreillons de moyenne intensité. A ce moment, il n'avait été en contact avec aucun malade. Cependant, au lycée où il fait ses études, il y avait eu des cas, mais aucun dans sa classe, ni parmi ses camarades.

Le 21 avril, son frère, âgé de trois ans, qui lui, s'est trouvé en classe en contact avec des enfants atteints d'oreillons, présente à son tour les symptômes de la maladie. On ramène les deux malades à Paris.

Le 29 avril, l'aîné des enfants (12 ans), jusque-là indemne, contracte à son tour la maladie. Deux jours après, sa jeune sœur, une enfant de trois ans, est prise aussi. Enfin, le 8 mai, M^{me} C... présente à son tour les accidents caractéristiques.

Le dernier enfant, un petit garçon de six ans, qui avait été soigneusement isolé, reste bien portant jusqu'au 26 mai. A cette date il tombe lui aussi malade.

Aucun des cas n'a présenté de gravité. Jusque-là personne de la famille n'avait été atteint d'oreillons. Enfin signalons que le père des petits malades, bien que vivant constamment avec eux, n'a pas été touché. Il n'a pourtant aucun souvenir d'avoir été atteint antérieurement.

Au premier abord, cette observation semble ren-

trer dans la banalité ordinaire. Le fait de voir les oreillons infecter successivement tous les membres d'une famille, n'a rien qui doive surprendre. Ce qui fait l'intérêt de cette série, ce sont les conditions dans lesquelles s'est développée la maladie. Le premier cas s'est produit en province, loin du foyer de contagion. Peut-on admettre qu'il est né pendant le voyage ? Les enfants sont partis le 12 avril ; la maladie apparaît le 15. Bien qu'on ait cité des faits d'incubation de 3 jours, ces faits sont douteux. D'ailleurs, il n'y a pas eu d'oreillons dans l'entourage, ni parmi les camarades de l'enfant ; ses parents sont très affirmatifs sur ce point. Nous devons donc, en bonne logique, le considérer comme ayant effectué le voyage pendant la période d'incubation.

Son frère avait été en contact avant le 12 avril, avec des enfants malades ; il n'est pris que six jours plus tard. A-t-il pris les oreillons de son frère, ou les devait-il à une contagion antérieure au départ ? C'est cette dernière supposition que nous croyons vraie.

Voici pourquoi :

Jusqu'à présent, la famille C... n'a pas échappé au sort ordinaire des familles nombreuses, c'est-à-dire qu'elle a subi les atteintes de la plupart des maladies épidémiques de l'enfance : scarlatine, rougeole, coqueluche, grippe. Or, toujours, c'est l'enfant de 9 ans qui a été le premier pris et qui paraît avoir infecté les autres ; en sorte que dans le

cas présent, il n'y a que deux interprétations possibles : ou bien, tout en se trouvant dans des conditions de contagion spéciales, par suite de son séjour en classe avec des malades, il n'a été contaminé que par son frère; ou bien, ce qui est plus vraisemblable, c'est lui qui a infecté les autres, et cela, en pleine période d'incubation, alors qu'il était, en apparence, très bien portant et ne présentait aucun phénomène morbide.

Ce qui corrobore cette hypothèse, c'est le laps de six jours qui s'est écoulé entre la maladie de son frère et la sienne. Chez aucun des autres nous ne retrouvons cette durée.

En supposant, ce qui est vraisemblable, que ce soit ce malade qui ait infecté les autres, nous trouvons, pour tous les cas, une remarquable uniformité d'incubation, sauf pour le dernier.

En effet, la comparaison des dates nous donne :
Cas n° 2 (celui dont nous venons de parler), débute le 21 avril.

Cas n° 3, le 29 avril.

Cas n° 4, le 1^{er} mai.

Cas n° 5, le 8 mai.

Reste le dernier, qui ne s'est manifesté que le 26 mai, soit 18 jours plus tard.

On pourrait nous objecter que rien ne prouve cette durée d'incubation, puisque les malades vivent ensemble; le cas n° 4, par exemple, peut aussi bien procéder du n° 2 ou du n° 1, que du n° 3.

A cela, nous répondrons que l'isolement a été bien fait à partir du retour à Paris, mais qu'à ce moment, le troisième malade était certainement contaminé. Nous n'attribuons qu'à celui-ci les oreillons du n° 4, qui, à son tour, a dû contagionner le n° 5, et ainsi de suite.

Les cas rapportés par les auteurs, indiquent en général une durée plus longue pour l'incubation. Cependant, le chiffre de 8 jours a été signalé par Lombard et Rilliet. Despine et Picot admettent que le stade d'incubation peut durer de 4 à 26 jours. Le chiffre de 4 jours est accepté par Denucé, qui l'a observé une fois. Ravey a trouvé 12 jours; Rendu, 13; Dukes et Hénoch, 14. La statistique de Dukes, portant sur 42 cas, a trouvé 37 fois une période allant de 18 à 22 jours.

Certains cas, où les conditions d'observation semblent irréprochables, donnent des chiffres discordants, Un des plus nets est celui de M. Rendu, dont voici le résumé :

OBSERVATION RÉSUMÉE (Rendu)

Soc. méd. des Hôp., 24 février 1893.

Une dame d'un département de l'Est va voir ses parents le 1^{er} janvier et passe deux jours dans sa ville natale. Le 2 janvier elle était allée faire une visite à une de ses cousines qu'elle avait trouvée levée, mais mal en train et avec

un peu de fièvre. Le soir même elle repart pour Paris. Or, elle apprend que le lendemain du jour où elle avait vu sa cousine, c'est-à-dire le 3 janvier, celle-ci avait été prise d'oreillons. Ils se déclarèrent chez elle le 21 janvier.

Voici maintenant un autre fait cité par M. Merklen dans la même séance :

OBSERVATION

Un jeune homme va voir son frère, soldat à Rouen. Il passe une seule soirée avec lui au théâtre, puis rentre à Paris. Le militaire commençait des oreillons, qui se développèrent ultérieurement, mais qui n'étaient qu'au début lors de la visite qu'il reçut. Vingt-six jours après son retour à Paris, le frère de ce soldat est atteint d'oreillons, et la mère a la même affection vingt-cinq jours plus tard.

Le cas est à rapprocher de ceux de Dukes (23, 24 et 25 jours), et de Jobard (23 jours). MM. Antony et Bobrie ont cité des incubations de 26, 28 et même 33 jours. A la vérité, comme l'a fait remarquer M. Sevestre, à propos de la communication de ces distingués médecins militaires, le milieu où ils observaient rendait assez difficile l'appréciation exacte de la durée d'incubation.

Voici maintenant un fait, emprunté au docteur Basset, de Toulouse, et cité par Méliande :

OBSERVATION

Une demoiselle de Toulouse va à Paris; elle voit une personne en convalescence d'oreillons, revient à Toulouse et treize jours après, alors qu'il n'y avait pas d'autres cas en ville, elle est atteinte elle-même d'oreillons.

On voit qu'en somme il est difficile de fixer d'une façon absolument précise la durée de cette période d'incubation. L'inoculation ne résoud pas la question. En effet, M. Catrin est le seul expérimentateur qui ait pu pratiquer des inoculations positives. Encore, n'a-t-il réussi qu'en inoculant la culture pure en plein testicule; et ce qu'il a reproduit, ce n'est pas la maladie ourlienne, mais seulement une de ses conséquences les plus habituelles, l'orchite, quand il opérait sur des chiens. Pratiquées sur les souris blanches, les inoculations ont amené la mort au milieu de phénomènes septicémiques. Dans tous les autres cas, l'inoculation a échoué. De plus, la maladie ourlienne n'existe pas spontanément chez les animaux. Peut-être le cheval fait-il exception. Encore peut-on se demander s'il n'en est pas des oreillons du cheval comme de la prétendue syphilis, de la fièvre typhoïde et de l'influenza, qui paraissent n'offrir avec les maladies similaires observées chez l'homme que des ressemblances grossières.

CONTAGIOSITÉ

Il peut sembler surprenant de soulever la question de la contagiosité des oreillons. Si, en effet, le caractère contagieux d'une maladie peut paraître évident, c'est bien pour celle-ci. Cependant, ce n'est pas l'avis unanime, et plusieurs auteurs ont nié la contagion. D'autres, sans refuser de l'admettre, diffèrent d'opinion sur les voies de transmission du contagion. En sorte que, pour élucider la question, il faut examiner successivement différents points :

1^o La contagion est-elle démontrée ?

2^o Le contact avec les malades est-il nécessaire ?

3^o La maladie peut-elle se transmettre par des objets inertes ?

a) *Démonstration de la contagion.*— Toutes les observations concordent pour établir qu'à l'origine

d'une épidémie ou d'un cas isolé, il y a-toujours eu un autre cas que l'on peut retrouver. Les faits dans lesquels cette filiation n'a pu être établie sont assez peu nombreux pour que l'on puisse affirmer qu'il y a eu soit erreur d'observation, soit impossibilité de constater le point de départ. Dans cet ordre d'idées, nous signalerons l'épidémie maritime décrite par Jobard, qui vit la maladie éclater sur son bateau vingt-trois jours après le départ de Karikal, et qui crut pouvoir conclure à la genèse spontanée de la maladie. Bien entendu, il y a des réfractaires, ce qui ne prouve rien contre la contagion.

Il semble que la contagion ne respecte aucun âge. Les vieillards et les nourrissons paraissent jouir d'une certaine immunité; mais cette immunité peut s'expliquer très simplement : chez les vieillards, par la susceptibilité moins grande de l'organisme dans la vieillesse; chez les nourrissons, par la rareté plus grande des contacts avec les autres enfants. Beaucoup de prétendues immunités peuvent s'expliquer par une atteinte antérieure, car si l'oreillon peut récidiver, il est certain que la récidive n'est pas fréquente.

Des faits précis établissent d'ailleurs la possibilité de la contagion aux âges extrêmes de la vie. La statistique de Rilliet et Lombard, donne pour 73 cas : 8 de la naissance à 2 ans, et 4 au-dessus de 60 ans. Méliande cite, sans détails, 3 cas de cet ordre. Ils suffisent pour établir la possibilité de la contagion à un âge avancé.

Chez les nourrissons, les faits sont plus rares, mais il en existe. Le cas du docteur Human (rapporté par M. d'Heilly) semble même établir la réalité de la transmission *in utero*. Il concerne une femme de 45 ans, qui, prise d'oreillons au huitième mois de la grossesse, accoucha prématurément. L'enfant présenta les symptômes des oreillons le lendemain de sa naissance.

En dehors des conditions spéciales créées par l'âge, la réceptivité des malades (surmenage, encombrement), des faits bien observés rendent la contagion indéniable. En voici quelques-uns :

Catrin.—5 cas sur des infirmiers en contact avec les malades.

Cadet de Gassicourt. — 1 cas, après vingt jours d'incubation, chez le voisin de lit d'un malade affecté d'oreillons.

Roth. — (*Münchener Med. Woch*, 1886), 1 cas de contagion de lit à lit ; 1 cas de contagion par un médecin.

Enfin, dans notre observation, la filiation des cas paraît bien nette.

Mais si la contagion est démontrée par les épidémies, par les cas absolument probants où l'on voit la maladie apportée par un sujet infecté se propager à une agglomération (école, hôpital, régiment), les voies et moyens par lesquels elle s'exerce sont moins bien connus.

b) On peut d'abord se demander si le contact

direct avec les malades est nécessaire. Nous avons vu qu'il est suffisant. Tous ceux qui ont pu observer des épidémies sont d'accord pour signaler la fréquence de la contagion chez ceux qui vivent en contact constant avec les malades. Dans notre fait, nous voyons la mère, qui ne quittait pas ses enfants, prendre la maladie, tandis que le père, que ses occupations retenaient au dehors pendant la plus grande partie de la journée, est resté indemne. A la vérité, le fait ne donne qu'une présomption; le père pouvait en effet être réfractaire. Il nous a cependant affirmé n'avoir jamais eu les oreillons.

Des faits bien observés établissent qu'il suffit d'une séparation relative pour éviter la propagation du mal. M. Catrin a pu empêcher le développement d'une épidémie en isolant très sommairement le premier cas dans une pièce à part. M. Marvaud (des maladies du soldat), rapporte un fait instructif. A la caserne Dumouriez, à Tours, le 32^e d'infanterie et le 7^e hussards occupent deux pavillons séparés seulement par un mur. En 1886, une épidémie frappe le régiment d'infanterie seul: en 1887, c'est le régiment de hussards qui est atteint à son tour, et son voisin reste indemne.

Peut-être trouverait-on là l'explication de l'innocuité apparente des gens âgés, qui en général ne sont pas soumis aux mêmes causes de contact que les jeunes. Tous les cas observés chez des per-

sonnes ayant dépassé l'âge moyen de la vie se rapportent à des parents ayant donné assidûment leurs soins à des jeunes gens infectés.

c) Mais la notion de contagion directe ne suffit pas à expliquer tous les cas. Beaucoup ne peuvent être interprétés qu'à la condition d'admettre le transport possible par des objets inertes. Les observations de Roth (infection par un lit), de Löhe, de Strasbourg, un cas rapporté par Méliande, d'après M. Antony, ne laissent aucun doute à cet égard. Le corollaire, c'est la nécessité d'une désinfection des locaux, vêtements, etc., après la maladie.

Voici un fait qui le prouve :

OBSERVATION

Roth. — *Über die Incubation und Übertragbarkeit der Parotis epidemica* (Münch. Medic. Woch, 18 mai 1886.

Depuis longtemps on n'avait pas observé d'oreillons à l'hôpital de Bamberg, quand entra une femme d'un village voisin, atteinte d'oreillons depuis une semaine. Reçue le 30 septembre, elle fut placée à côté d'une malade entrée la veille pour une paralysie des cordes vocales.

Le 18 octobre, cette malade était prise d'oreillons. L'assistant du service, après avoir examiné le 30 septembre au soir la première malade, était allé rendre visite à une dame de la ville à laquelle il donnait également des soins,

et qui, sans autre contact suspect, fut également prise de fièvre ourlienne le 18 octobre.

Enfin, le 18 novembre suivant, le lit antérieurement occupé par la malade entrée le 30 septembre, fut donné après désinfection de la literie, à une jeune femme de 20 ans atteinte de diphtérie. Le 6 décembre, cette femme, convalescente de sa diphtérie, était reprise de fièvre, et le 7, les oreillons apparaissaient.

OBSERVATION

(Thèse de Méliande) et Soc. méd. des hôp., février 1893.

Des locaux sont contaminés par les hommes d'une batterie en proie à une épidémie d'oreillons à ses débuts et qu'ils vont importer dans une autre garnison. Les locaux qu'ils abandonnent sont occupés par des militaires venus d'une résidence éloignée et où aucun cas d'oreillons ne s'était manifesté depuis plusieurs mois.

Six semaines plus tard, ce sont précisément ces nouveaux venus qui sont atteints les premiers, tandis que les autres fractions du régiment sont touchées consécutivement, malgré l'ancienneté de résidence dans la même caserne et la même localité.

Mais pendant combien de temps peut se conserver le contagé? La durée extrême des incubations constatées a été jusqu'à présent de vingt-six jours. Le fait de M. Antony (trente jours), le

plus tardif que l'on connaisse est passible de critiques.

Cependant il y a un très grand intérêt à résoudre la question, puisque les oreillons peuvent exceptionnellement être graves et même entraîner la mort (Karth, Catrin, Laveran). Cela revient à se demander : à partir de quel moment et jusqu'à quelle époque un sujet affecté d'oreillons est apte à transmettre la maladie.

La transmission d'une infection quelconque pendant qu'elle incube, et alors qu'elle ne se traduit par aucun symptôme, est un fait assez exceptionnel. Les oreillons semblent cependant en offrir un exemple.

OBSERVATION

(Sevestre. Soc. méd. des hôp., février 1893).

Il y a quelques années, un dimanche, une petite fille habitant boulevard Haussmann, alla passer l'après-midi chez une de ses parentes, à Passy. Elle joua avec une de ses cousines, jeune fille de 15 ans, qui devait se réveiller avec les oreillons. Elle n'avait cependant rien le dimanche, car elle fut vue ce jour-là par le père de la petite fille, chirurgien des hôpitaux, très craintif en matière de contagion, et qui n'aurait pas manqué de dépister les oreillons. Trois semaines après, le dimanche soir, c'est-à-dire le 22^e jour, la petite fille était à son tour atteinte d'oreillons.

Pour MM. Rendu et Labric, la contagiosité à la période prémonitoire n'est pas douteuse. Ils ont cité à la Société des hôpitaux, des faits absolument démonstratifs. Ceux de MM. Feulard et Sevestre ne le sont pas moins. Le premier se rapporte à des jeunes gens qui contractèrent les oreillons en dansant avec une jeune fille chez qui la maladie n'éclata que le lendemain.

Mais pendant combien de temps cette contagion est-elle possible? Pour M. Rendu, elle cesse cinq à six jours après la fin de la maladie. Beaucoup de faits infirment cette manière de voir, entre autre celui de M. Bernütz, dont voici la relation d'ailleurs bien connue.

OBSERVATION

Trois enfants d'une famille à qui je donnais des soins furent atteints d'oreillons. Je prévis les parents que la maladie était contagieuse et je leur recommandai d'isoler les malades. Au bout de six semaines, les parents me demandèrent si leurs enfants pourraient aller rendre visite à la famille de leur oncle qui était à la campagne et dont j'étais également le médecin. Ils y allèrent et communiquèrent la maladie qu'ils venaient d'avoir à leurs deux petites cousines. A cette occasion, j'ai perdu la clientèle de ces deux familles.

Pour M. Antony, c'est la sécrétion salivaire qui joue le principal rôle dans la transmission de la

maladie. Généralement elle fait défaut dans les premiers jours, mais elle se rétablit plus ou moins tardivement, et alors la contagion devient possible. Quoi qu'il en soit de la vérité de cette explication, la survie du germe infectieux n'a rien de surprenant : on en trouve bien d'autres exemples pour la diphtérie, la variole, la fièvre typhoïde, etc.

La conclusion pratique, c'est que rien ne permet de dire à quel moment tel cas donné cessera d'être contagieux. Nous ne saurions donc conseiller, comme Méliande, de se contenter d'un isolement de huit jours. Nous ne voyons pas d'ailleurs sur quoi il se fonde pour accepter ce délai, attendu que les faits qu'il rapporte ne sont pas conformes à sa manière de voir. D'ailleurs, des faits bien observés, comme celui de M. Bernutz, ne permettent pas d'accepter un terme aussi court. Toutefois, dans cette observation, l'intervalle est de beaucoup supérieur à ce qu'on observe d'habitude.

Il ne faut, croyons-nous, tomber dans aucune exagération. Evidemment on ne peut guère songer à séquestrer des enfants, à tenir des écoliers loin de leur école ou des soldats loin de leur régiment pendant six semaines. Trop de considérations extra-médicales s'y opposeraient, et ce serait risquer de causer des perturbations pour une crainte qui, en somme, peut être chimérique. Mais le délai de huit jours (Méliande), de six jours (M. Rendu) est certainement trop court. En vertu d'un avis du

Conseil d'hygiène, la durée de l'isolement a été fixée à 21 jours. C'est peut-être trop long ; mais en pareille matière, l'excès de précautions vaut mieux que l'excès opposé !

DES RÉCIDIVES

OBSERVATION

M. P..., étudiant en médecine, a eu les oreillons à l'âge de 10 ans. La maladie a d'ailleurs été bénigne. Cette année, après avoir soigné dans sa famille deux enfants affectés d'oreillons, il est pris d'un malaise avec frissons, sécheresse de la bouche, fièvre, douleur rétro-maxillaire et le gonflement caractéristique des régions parotidiennes, ne tarde pas à apparaître. Comme dans la première atteinte, la maladie ne détermine aucun accident grave. Il n'y a pas de localisations testiculaires. Au bout d'une semaine, tout est rentré dans l'ordre.

AUTRE OBSERVATION

M^{me} P..., 36 ans, a eu les oreillons à l'âge de 10 ans, sans accidents sérieux. Au mois de novembre 1894, elle les contracte de nouveau en soignant son petit garçon qui les avait pris au lycée. La durée de l'incubation paraît

avoir été de 11 jours. Pas de complications, à part quelques douleurs vagues dans les articulations. M^{me} P... n'est pas rhumatisante, mais elle offre des antécédents arthritiques très nets.

Ainsi voilà deux récidives manifestes. Le fait est-il isolé ? Il s'en faut : et si la récidive des oreillons n'est pas chose fréquente, on ne saurait cependant pas la considérer comme un phénomène absolument rare, et tous les auteurs qui se sont occupés des oreillons en ont observé.

M. Antony (Soc. méd. des hôp., mars 1893) en a signalé trois cas. D'autres encore ont été cités dont nous donnerons le relevé.

Cependant l'opinion générale est que les récidives sont rares. M. Colin les considère comme aussi rares que pour la variole ou la rougeole. M. Laveran les regarde comme tout à fait exceptionnelles. Pour M. Comby on observerait plus de récidives après la variole ou la rougeole qu'après les oreillons.

Ces négations ne peuvent qu'étonner quand on considère la richesse de la littérature médicale sur ce point. Pour en faire l'analyse, empruntons les éléments au travail de M. Catrin, mais disons d'abord que récidive ne doit pas être confondue avec rechute. La récidive est toujours séparée de la première atteinte par un intervalle appréciable ; la rechute s'observe chez le convalescent, alors que la première manifestation est éteinte depuis peu de temps. Cette distinction nous porte à rejeter les

deux cas déjà anciens de Jacob, qui ont été observés pendant l'évolution d'une épidémie, et que, en raison du peu de temps écoulé entre les deux atteintes, nous ne pouvons mettre au rang des récidives vraies. Cette réserve faite, nous trouvons les cas suivants :

Nimier : quatre récidives en trois ans. Le malade était l'ordonnance d'un médecin.

1 récidive après un an.

1 troisième fait identique au précédent.

Antony. — 3 récidives (chez trois malades).

Nicholson. — 1 récidive après trois ans. A noter ici une prédisposition spéciale à la famille : récidives de rougeole, récidives de varioloïde observées chez les autres membres de la famille.

Fabre. — 4 récidives : une douteuse ; une douze ans après la première atteinte.

Fournier. — 5 récidives (sur un total de 24 cas).

Servier. — 1 récidive.

Krügelstein. — 1 récidive.

Peindarce. — 2 récidives.

Cattiaux. — (Th. de Paris, 1891). 1 récidive. Il la mentionne simplement dans l'avant-propos de sa thèse, mais ne donne pas l'observation.

Catrin. — 9 récidives et 2 rechutes : pour une de ces dernières, survenue après trois mois, le mot de récidive pourrait convenir.

Ces 9 récurrences se décomposent comme suit :

1 est survenue après un an ;

2 après deux ans ;

3 après quatre ans ;

1 après cinq ans ;

1 après sept ans ;

1 après dix ans ;

sur un total de 157 cas.

En ne tenant compte que des relations où le nombre total des faits observés a été indiqué, nous arrivons à cette constatation, que les dénégations des auteurs ne faisaient pas prévoir : c'est que les oreillons récidivent une fois sur douze. Ni la varicelle, ni la rougeole, ni la scarlatine, ni la fièvre typhoïde, ne fournissent une proportion pareille.

DE QUELQUES FORMES ANORMALES

La physionomie de la maladie ourlienne n'est pas toujours identique. Comme dans toutes les maladies infectieuses, il existe des formes à expressions symptomatiques incomplètes, dans lesquelles le diagnostic ne peut être fait qu'en s'appuyant, soit comme naguère, sur la coexistence d'une épidémie, soit en retrouvant dans le sang le microbe pathogène.

Ces formes sont tantôt des formes frustes, au sens où l'entendait Trousseau, c'est-à-dire des formes où le phénomène capital fait défaut, et tantôt des formes larvées, dans lesquelles le processus morbide est représenté par un accident étranger à la symptomatologie ordinaire.

Des premières formes nous aurons peu de chose à dire, la question ayant été amplement étudiée et traitée par Trousseau, en ce qui concerne l'orchite ourlienne ; et les formes abortives, abrégées, apy-

rétiques, étant décrites dans la remarquable thèse d'agrégation de M. Letulle.

Il n'en est pas de même des formes larvées, dans lesquelles on se trouve en face d'une symptomatologie absolument anormale. Dans la thèse de Gailhard (Montpellier, 1877), on trouve reproduite une observation d'oreillons larvés, présentée par M. Durozier, en 1870, à la Société de médecine de Paris, et relatée par M. Letulle dans la thèse que nous citons plus haut. Malgré les réserves de M. Durozier, réserves auxquelles M. Letulle s'associe, nous croyons devoir la reproduire, en raison des conditions dans lesquelles le cas s'est produit :

OBSERVATION

Durozier (Soc. méd. de Paris et *Gaz. des hôp.*, 1870.)

Dans une maison, où quatre personnes étaient atteintes d'oreillons presque en même temps, un jeune homme est pris de sueurs profuses dans la nuit du 5 décembre. Il se refroidit en ce moment et est tellement troublé que, sorti de sa chambre, il a beaucoup de peine à se retrouver. Je le vois 6 : il a des nausées ; le 7 il se plaint d'une douleur de cou et d'un peu de mal de gorge ; le 8 il accuse un peu de douleur à la région sous-maxillaire droite et une violente céphalalgie. Beaucoup de nausées, faiblesses et lipothymies. Pouls : 60. Rien dans la poitrine. Pas de tuméfaction parotidienne ; un peu de rougeur de l'isthme du gosier. Le 22, le malade est tout à fait bien.

Comme le fait remarquer M. Durozier, tous les symptômes ordinaires des oreillons se retrouvent ici. Il n'en manque qu'un, la tuméfaction parotidienne.

A côté de cette forme réellement fruste, il en existe d'autres dans lesquelles la symptomatologie est réduite, soit par l'absence d'un symptôme tel que la fièvre, — les exemples en sont assez nombreux, — soit par une atténuation des localisations habituelles de la maladie. M. Sorel a rapporté deux cas, où non seulement la fièvre faisait défaut, mais où il y avait même de l'hypothermie.

L'atténuation symptomatique a été notée pour la localisation parotidienne, pour la localisation testiculaire. M. Catrin, sur 159 oreillons, a vu 15 fois des « fluxions testiculaires » dont le pronostic est très bénin, puisque la douleur est très légère et que jamais on n'observerait d'atrophie consécutive. Chauvin, d'Antibes, a vu la symptomatologie se borner à une légère douleur du cordon; Fournier, Viela, Logerais, Talon, Vedrennes, Sorel, ont observé des cas analogues (cités par M. Catrin).

L'atténuation des phénomènes parotidiens est constituée par l'unilatéralité du gonflement parotidien, ou encore par une localisation prédominante sur les glandes sous-maxillaires, les parotides étant relativement ou absolument indemnes.

Nous avons vu un de ces cas d'oreillon unilatéral. En voici la relation :

OBSERVATION

M^{lle} M. P..., âgée de 15 ans, fille de la directrice d'une école dans laquelle existent des cas d'oreillons, est prise le 25 juin de fièvre, avec nausées, vomissements, mal de tête. Le lendemain, douleur rétro-maxillaire à droite, exagérée par la pression. La région est tuméfiée. Du côté gauche il n'y a rien. La région sus-hyoïdienne est sensible à la pression et légèrement empâtée à droite. La physionomie présente un aspect singulier, rappelant le facies de la fluxion d'origine dentaire.

L'affection a évolué très simplement et s'est terminée par une guérison absolue, sans qu'à aucun moment il se soit produit de tuméfaction à gauche.

L'unilatéralité de la parotidite ourlienne a été niée par plusieurs auteurs, entre autres par Bouchut, qui déclare que « les oreillons n'ont pas de singulier ». Cependant, sans être communs, les faits analogues au nôtre ne sont pas absolument rares. Dans l'épidémie d'Arras, décrite par Bizet, cette unilatéralité a été la règle, en sorte que, comme le dit Laveran, l'oreillon est plus commun que les oreillons dans certaines épidémies.

Dans certains cas, les accidents observés, sont assez différents des phénomènes normaux des oreillons pour que le diagnostic ne puisse être fait que par comparaison avec des cas types. C'est ainsi qu'on a pu décrire une forme rénale, une forme

oculaire. On a voulu y ajouter une forme auriculaire, mais cette dernière ne nous semble pas justifiée; la surdité, d'après Fournier, qui a publié sur la question un travail très complet, n'apparaissant que comme conséquence de la fluxion parotidienne. Il s'agit donc d'une complication, non d'une forme spéciale.

La forme rénale est très discutée et, disons-le, très discutable, tant qu'on n'aura pas démontré sa réalité par la recherche et la culture du diplocoque spécifique. Ce qui est en question, bien entendu, ce n'est pas l'albuminurie ourlienne, dont l'existence n'est pas douteuse; le seul point en litige, c'est la possibilité de la localisation rénale exclusive, sans accidents parotidiens ou testiculaires. M. Comby en accepte l'existence, mais le bilan des faits publiés se réduit à peu de chose : l'auteur que nous venons de citer en mentionne un cas, et M. le docteur Bézy, de Toulouse, a communiqué à la Société médicale des hôpitaux, en 1892, une observation de néphrite aiguë bénigne recueillie au cours d'une épidémie d'oreillons.

Voici ce fait, qui assurément comporte quelques réserves :

OBSERVATION

(Bézy. Soc. méd. des hôp. de Paris, 3 mars 1892.)

Au mois de février, j'eus à donner des soins à M^{lle} X...

G.

5

qui entra à l'infirmerie se plaignant de la tête et d'un léger malaise. La fièvre est très modérée, la malade ne présente aucune manifestation ourlienne et nous affirme qu'elle n'en a pas eu les jours précédents.

Cette jeune fille est âgée de 16 ans, bien réglée depuis deux ans, d'une bonne santé habituelle.

Rien de particulier dans les antécédents.

Le lendemain de ma visite, on me dit que la malade a eu un peu de délire nocturne, et qu'elle a vomi. Mon attention est surtout appelée par l'urine : la quantité émise depuis la veille est d'environ 250 à 300 grammes ; elle est brune, comme teintée de sang ; j'en apporte à mon laboratoire un échantillon que j'examine rapidement, et cet examen révèle une grande quantité d'albumine. L'examen microscopique me révèle une grande abondance de micro-organismes de formes diverses, très mobiles, très facilement apparents, sans coloration préalable, avec l'oculaire 1 et l'objectif 7 de Werick. Pas de trace de globules sanguins. Ce qui frappe dans cette préparation, c'est l'excessive mobilité des éléments.

L'état général est bon et la malade demande à être transportée dans sa famille. M. le professeur Caubet, appelé en consultation, et moi, ne trouvons aucune manifestation du côté des glandes salivaires, aucune éruption scarlatiniforme, aucune douleur spontanée ou provoquée du côté des reins ou de la vessie, aucune trace d'œdème. Il n'y a eu à aucun moment de détermination du côté des ovaires, ni des seins, ni de la vulve. Nous autorisons le transport qui s'est effectué sans accidents.

La guérison s'est produite très rapidement. Le médecin traitant qui la veillait journellement a constaté que l'albumine avait disparu au bout de très peu de jours, et l'en-

fant a repris le cours de ses études deux mois après. Depuis lors, j'ai examiné plusieurs fois ses urines et n'y ai plus trouvé d'albumine.

A l'heure actuelle, plus d'un an après les accidents, la bonne santé s'est maintenue.

La forme oculaire est mieux déterminée, et on trouve assez souvent, au cours des épidémies, des complications du côté de l'œil. Mais ces faits, dont la nature n'est pas douteuse, en raison des conditions où on les observe, peuvent se rencontrer concurremment avec d'autres dans lesquels la localisation oculaire, lacrymale, conjonctivale, existe seule, sans autre manifestation ourlienne.

Il semble que la glande lacrymale et les glandes de la conjonctive présentent fréquemment au cours des oreillons des phénomènes fluxionnaires intenses. C'est la fluxion lacrymale à laquelle M. d'Heilly consacre quelques lignes dans son article du Dictionnaire de Jaccoud. Le fait en lui-même n'a rien de surprenant, en raison de l'analogie de structure des glandes lacrymales et des glandes salivaires.

La dacryo-adénite ourlienne a été étudiée par Leriche (Th. de Paris, 1882), et par M. Fournier, qui a publié, dans les *Archives de médecine militaire*, un important travail sur les complications ayant pour siège les organes des sens. M. Leriche affirme l'existence de ce qu'il appelle des oreillons lacrymaux, qui devraient figurer parmi les formes frustes, au même titre que les oreillons testiculaires.

Il assigne à cette localisation les symptômes suivants : douleur à la partie supéro-externe de l'orbite, augmentation du volume de la glande sensible au palper, et température élevée. C'est même une remarque générale, que les localisations glandulaires extra-salivaires déterminent presque toujours des phénomènes généraux plus intenses que ceux des oreillons légitimes. Ces idées ont été confirmées par les recherches de Marc Duffour.

Dans tous les cas connus, la terminaison constante a été la guérison.

Enfin, à côté de la localisation des ourles sur la glande lacrymale, nous devons signaler des conjonctivites observées par M. Dor au cours d'une épidémie scolaire, chez des enfants qui n'avaient d'ailleurs aucuns phénomènes appréciables d'oreillons.

TRAITEMENT

Le traitement curatif des oreillons se réduit en somme à peu de chose. Une fois la maladie constituée, le repos, la chaleur, la quinine, sont les moyens qui ont toujours donné les meilleurs résultats. Qu'on y ajoute la thérapeutique, en quelque sorte occasionnelle des complications, et l'on aura le bilan du traitement curatif fort limité comme on voit.

Mais si la thérapeutique n'a sur l'oreillon complètement développé qu'une action faible et presque insignifiante, il n'en est pas de même en ce qui concerne le traitement préventif.

Une première question se pose. Faut-il s'occuper de la prophylaxie ? Pour la plupart des auteurs, les oreillons sont à peine une maladie, et il n'y a guère lieu de s'en occuper. M. Laveran pense même qu'il y a avantage à laisser les enfants avoir les oreillons, attendu qu'il vaut mieux les avoir avant l'âge habituel des complications testiculaires. La plupart des

médecins d'enfants, Cadet de Gassicourt entre autres, ne s'occupent pas de la préservation.

C'est là un optimisme que nous avouons ne pas partager. Il nous est impossible de considérer comme absolument bénigne une maladie dans laquelle on peut voir des phénomènes d'infection générale, des néphrites, des orchites avec atrophie, des surdités irrémédiables, et même, bien que le fait soit discutable, des atrophies papillaires, comme Talon dit en avoir observé. De telles suites sont rares, nous le voulons bien, mais enfin elles existent, et on ne sait jamais au début d'un cas quelle sera sa terminaison.

Il est d'un prudent, de couper court autant que faire se peut à toute contagion, que celle-ci vienne du malade, ou qu'elle soit le résultat d'une sorte d'emmagasinement du contagé par des objets inanimés.

Pour le malade lui-même, il n'y a évidemment qu'un procédé : l'isolement. Les faits de M. Catrin, que nous avons déjà signalés, établissent que cet isolement n'a pas besoin d'être très rigoureux, puisque le fait de placer un malade dans un cabinet attenant aux salles et sans que les autres précautions de l'isolement complet aient été observées, a suffi pour empêcher la maladie de se propager. Dans une famille où l'isolement est plus difficile encore, on devrait mettre le malade dans une chambre à part, et se rappeler les préceptes d'antisepsie médicale formulés il y a quatre ans déjà dans la

médecine moderne par M. Letulle. Rappelons-les :

1° Les personnes qui approchent le malade doivent avoir des vêtements spéciaux, blouses, que l'on puisse mettre et retirer facilement.

2° Après tout contact avec le malade, les mains seront lavées avec une solution antiseptique. On peut, pour cela, adopter la pratique de bon nombre d'accoucheurs, qui consiste à placer bien en évidence, dans la chambre du malade, une cuvette remplie d'une solution antiseptique ; par exemple, de sublimé au 1/2000°, en prenant toutes les précautions pour éviter les accidents.

3° Tout objet, tasse, verre, cuiller, qui aura servi au malade, sera soigneusement désinfecté par ébullition.

Ce sont là, en somme, des préceptes faciles à mettre en pratique, et qui ont le grand avantage de ne nécessiter ni frais, ni appareils encombrants. Pour notre compte, nous n'hésitons pas à les recommander, et nous croyons qu'avec de la patience, et surtout avec la diffusion des idées modernes sur le rôle des microbes, on peut arriver, dans la majorité des cas, à faire accepter ces mesures.

Reste la question de la désinfection des locaux et des vêtements, de la literie, des meubles. Cette opération n'est assurément pas superflue, les quelques faits que nous avons cités le prouvent. Dans les grandes agglomérations : casernes, lycées,

écoles, cette désinfection, imposée par les règlements et effectuée administrativement, ne souffre pas de difficultés. Il n'en est pas de même pour les installations particulières, où l'on se heurte, quand il ne s'agit pas d'une maladie *officiellement* contagieuse, à des résistances motivées par la crainte du dérangement, des détériorations, etc.; et il faut convenir qu'on n'a pas tort de soulever des objections, car rien n'est moins prouvé, en matière d'oreillons, que l'efficacité des mesures de désinfection habituelles.

En effet, les pulvérisations antiseptiques ne paraissent pas agir. Le microbe des oreillons est très résistant. En 1888, à Périgueux, à Bourges, en 1889 et en 1891, au Mans, en 1892, malgré une désinfection énergique des locaux, des épidémies nouvelles se sont produites. En particulier, le 1^{er} régiment d'artillerie, caserné au Mans, a régulièrement les oreillons depuis 1889, malgré les désinfections opérées (Catrin).

En effet, ni l'acide sulfureux, ni le sublimé, ne suffisent (AT Martin). La chaleur seule a une action suffisante, et on devra soumettre à son action tous les vêtements, toutes les étoffes, toute la literie provenant des sujets contaminés. Mais les locaux ne peuvent être traités de la même façon. Peut-être le brossage des murs à la mie de pain, suivi d'une pulvérisation abondante de sublimé et de la réfection des peintures, s'imposerait-il ? En tout cas, à côté de ces mesures radicales, il y en a

une série d'autres que l'on peut recommander, et parmi celles-ci : l'hygiène préventive, la surveillance de l'alimentation, le repos pris en proportion convenable, paraissent, pour les oreillons comme pour toutes les maladies épidémiques, constituer le meilleur préservatif.

CONCLUSIONS

I. — Les oreillons sont contagieux. La contagion s'exerce, soit directement par le contact du malade et du sujet sain, soit indirectement par l'intermédiaire d'objets ayant servi aux malades.

II. — L'âge ne paraît pas avoir une influence sérieuse. Une atteinte précédente ne confère pas toujours, mais confère ordinairement l'immunité. La récurrence s'observe environ 1 fois sur 12.

III. — La contagion paraît pouvoir s'exercer pendant la période d'incubation.

IV. — La durée de cette incubation est variable. Elle paraît comprise entre 8 et 25 jours, ce qui donne une moyenne de 16 à 18 jours.

V. — La contagion peut s'exercer plusieurs se-

maines après la fin de la maladie, mais on peut se demander si, dans ce cas, ce n'est pas par des objets inertes plutôt que par le convalescent que se transmet la maladie.

BIBLIOGRAPHIE

- Antony*. — Soc. méd. des Hôp., 1893. (Discussion.)
Capitan et Charrin. — Soc. de Biologie, 1881.
Caubin. — Les oreillons et leurs complications. *Gaz. des Hôp.*, n^{os} 75 et 76.
Comby. — Les oreillons (Bibl. Charcot-Debove).
Despine et Picot. — *Mal. de l'enfance*.
D'Heilly. — *Nouv. Dict. de Méd. et Chir. prat.*
Duffour. — *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1890.
Gautier et Griffiths. — *Acad. des Sciences*, 1891.
Fournier. — *Arch. de Méd. militaire*, 1885.
Karth. — Etude sur une forme grave d'oreillons (Th. Paris, 1883.)
Laveran. — *Dict. encycl. des Sciences méd. (Bibliogr.)*
Marvaud. — Les maladies du soldat.
Méliande. — Th. Toulouse, 1893.
Peindarce. — Th. Paris, 1889.
Trousseau. — *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*.
Vedrennes. — *Archives militaires*, 1882.
Gagé. — Thèse Paris, 1892.
Leriche. — Th. Paris, 1892.

Consulter en outre :

La collection des Archives de médecine et pharmacie militaires.

Les bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris.

Vu : par le Doyen.
BROUARDEL.

Vu : par le Président,
POTAIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GREARD.

Paris. — Imp. de la Faculté de médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine.

